

“OLÁ BEBÉ!” DO FANTASMÁTICO AO IMAGINÁRIO E AO REAL

Trabalho elaborado no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica em 2009, revisto

2018

Aida Borges

Mestre em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Psicologia Sistémica, da Saúde e da Família;
Membro Efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses;
Experiência profissional no âmbito da Psicologia da Criança e da Psicologia do Idoso

E-mail de contato:

aida.borges@hotmail.com

RESUMO

É clara e proeminente a importância da relação da díade pais-bebé na capacidade organizadora do psiquismo deste, num processo designado de vinculação, ainda que a maternidade/paternidade seja vivenciada de forma complexa e singular por cada mulher/homem. A abordagem das capacidades perceptivas e cognitivas do bebé, no período pré-natal, tem o propósito de reconhecer-lhe uma atividade mental intensa e precoce, apelando para a relevância de uma gravidez calma, segura e aprazível, favorável ao desenvolvimento destas mesmas capacidades, e tendo em vista uma sequência de medidas preventivas no que respeita à psicopatologia. Neste campo, o psicólogo clínico, em parceria com uma equipa multidisciplinar, ocupa uma posição privilegiada na ajuda destes pais e destes bebés, visando minimizar as possíveis discrepâncias que possam existir entre o que os pais imaginam ser o seu bebé - *bebé imaginário* -, e o que o bebé vier a manifestar-se - *bebé real*. Num extremo desta linha, situam-se as expectativas e os sentimentos dos pais, e no outro, o bebé, único e com rosto. O objetivo é que se efetive o encontro.

Palavras-chave: Vinculação, expectativas, gravidez, psicopatologia, prevenção.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



“OLÁ BEBÉ!” - DO FANTASMÁTICO AO IMAGINÁRIO E AO REAL

É frequente vermos as mães grávidas ansiosas, por ocasião da primeira ecografia, carregando, para além do bebé, duas grandes dúvidas ou preocupações: a primeira, a de saber se está tudo bem com o bebé, depois, a de conhecer o género sexual do pequeno ser! A partir desse primeiro momento em que a mãe (os pais) ouve (m) os batimentos cardíacos do seu “rebento”, começam a arquitetar ideias acerca dos atributos físicos do pequeno rosto, das feições, do sorriso, da cor dos olhos, do sexo, do tom de pele, etc.

Não é de todo invulgar vermos exposta a primeira ecografia do bebé num *passe-partout*, lá em casa, simbolizando a primeira fotografia do novo membro da família. A partir daí, à imaginação dos pais, tudo é permitido! Mas, e quando, logo após o momento do parto, as expectativas formuladas pelos seus imaginários (dos pais) não correspondem ao real bebé que agora se afigura? Quantas vezes a doença ou a malformação causa repulsa e distanciamento emocional nos pais em relação ao seu bebé? E como fica agora esta criança, tão cedo órfã das suas esperanças num mundo acolhedor?

Não é indiferente, por isso, a ordem de apresentação do recém-nascido à mãe, devendo privilegiar a natureza dos sentidos, sendo que o contacto pele a pele e o cheiro deverão anteceder o contacto visual. Deste modo poder-se-ão atenuar algumas discrepâncias entre o bebé imaginário e o bebé real para esta mãe que, entretanto, já reforçou a vinculação através do contacto cutâneo e do cheiro.

Não menos importante é saber dar espaço e tempo a este recém-nascido para responder ao “Olá Bebé!” dos pais e dos técnicos de saúde. O neonato acabou de vivenciar uma experiência aterradora e precisa ambientar-se ao novo mundo que acaba de o acolher, é natural que ele necessite de algum tempo para se recompor e poder dar respostas às solicitações que lhe chegam de cada um dos pais e de outras pessoas.

Um estudo desta natureza, na nossa conceção, terá impacto e utilidade na promoção da saúde mental dos pais, levando-os a encarar a gravidez com interesse acrescido e a naturalidade que se impõe, mas sobretudo, na promoção da saúde mental do bebé. A leitura e compreensão dos processos mentais, particularmente do bebé, poderão ser de grande ajuda no desbravamento da psicopatologia da gravidez e do bebé, bem como da psicopatologia infantil, aos três níveis de prevenção, sendo que ao da prevenção primária subjaz um interesse primordial.

Neste enquadramento, o presente artigo visa explorar o campo das emoções do bebé e dos pais, sobretudo no período pré-natal e neonatal, relativas à vinculação ou apego entre os pais e o

seu bebé; assimilar os processos mentais implicados nesta interação; refletir acerca das consequências do impacto negativo de uma interação pais-bebé deficitária, no desenvolvimento da vinculação pós-natal e no desenvolvimento de possível psicopatologia; e ainda tecer breves considerações acerca da prevenção dessa mesma psicopatologia.

1. BEBÉ FANTASMÁTICO, BEBÉ IMAGINÁRIO E BEBÉ REAL

«O marido de Margarida ri-se, chega-se mais para trás e sorri rapidamente para Margarida, movendo em seguida a cabeça e os olhos na direcção do seu filho. Seguidamente, a obstetra tenta acordar o bebé massajando a barriga da mãe. (...) a obstetra diz que o bebé está a dormir e que vai aproveitar para fazer as medições necessárias ao cálculo do tempo de gestação. Mede o corpo de um extremo ao outro e diz, em voz alta: 3,5cm. O vosso bebé mede 3,5 cm. Já é uma personalidade.»»

Sousa (2003, p.35)

Desde os tempos pré-científicos que a estreita díade mãe-bebé e as suas interações biológicas suscitou numerosas interrogações às quais a medicina fetal procura atualmente responder. Grandes filósofos como Hipócrates, Galileu, Aristóteles, entre outros, procuraram encontrar respostas. No período Renascentista, Leonardo da Vinci desenha frequentemente, nos seus cadernos, cortes sagitais de mulheres grávidas, inventando uma espécie de tubos de ligação entre a mãe e o feto. Os estudos atuais sobre as representações fantasmáticas dos bebés, a anatomia das mulheres grávidas e a privação da gravidez nos homens, não vão além de Leonardo, que longamente se debruçou sobre os mecanismos do nascimento e o desenvolvimento embrionário: “Que uma única alma governe os dois corpos (...) que os desejos, angústias e sofrimentos sejam comuns a esta criatura como a todos os seus outros membros animados; daí resulta que uma coisa desejada pela mãe se encontre marcada sobre as partes da criança nela contida no momento do seu desejo; e uma súbita angústia trespassa simultaneamente mãe e criança” (Leonardo da Vinci, citado por Soulé, 1992, p.14).

Daqui ressalta claramente a importância da relação precoce da díade mãe-bebé na capacidade organizadora do psiquismo deste, num processo designado de *vinculação*.

1.1. Vinculação Pré-natal, Neonatal e Pós-natal

Os estudos de René Spitz, psicanalista americano de origem austríaca, especializado em psicologia infantil, permitiram perceber a função vital da presença materna, desde muito cedo, na maturação mental do bebé, ressaltando que, uma privação relacional desta natureza, como verificou em alguns internamentos hospitalares, se poderia traduzir num quadro depressivo invasivo e brutal – *depressão anaclítica* – caracterizada por uma posição muito próxima da posição uterina, e que poderia ter uma evolução mórbida, podendo culminar em estados marasmáticos e mesmo na morte do bebé (Sá, 2004). Spitz observou bebés num orfanato que eram alimentados e vestidos, mas que não eram pegados ao colo nem embalados. Estes bebés, assim carentes de afeto, desenvolviam uma síndrome que designou de *hospitalismo*, caracterizado por dificuldades no desenvolvimento físico, falta de apetite, não ganho de peso e falta de interesse nas relações. A maioria destes bebés acabava por morrer e Spitz considerou a ausência dos pais e de afeto como fator determinante no desenvolvimento (Brum & Shermann, 2004). A investigação de Spitz consistiu, mais concretamente, num estudo comparativo de crianças hospitalizadas em duas instituições similares em todas as suas características (higiene, alimentação, etc.) exceto numa: as crianças durante a sua permanência numa das instituições tinham a presença das mães, e na outra ficavam ao cuidado de uma enfermeira. Decorridos dois anos, o estudo revelou que as crianças acompanhadas pelas mães desenvolveram-se normalmente, enquanto as que foram privadas da presença da mãe desenvolveram uma síndrome progressiva de deterioração com características bem definidas, incluindo alterações somáticas, alterações da inteligência e da personalidade, alterações que se parecem muito com as das crianças que, sem terem estado hospitalizadas ou internadas, foram sujeitas a períodos de privação afetiva, por separação dos pais (divórcio, morte ou doença de um dos progenitores, emigração, etc.) ou devida a técnicas educativas erróneas. A partir desta e de outras investigações, ficou estabelecida uma relação entre carência afetiva na primeira infância e determinadas perturbações da personalidade e da conduta que foram persistindo ao longo da vida adulta. (Pérez, 2004).

As investigações de Spitz, como Sá (2004) indica, importaram para a psicopatologia contributos fundamentais da etologia de Tinbergen e Lorenz, mas é nas investigações de Harlow, a propósito das privações relacionais em macacos, que se revela o papel essencial da mãe na organização das funções interativas mais precoces.

No decorrer da humanidade, houve, seguramente, várias tentativas de descrição da natureza do amor, não só por poetas e romancistas, como por psicólogos que abordaram todas as facetas do comportamento humano e do comportamento animal nas suas diversas variáveis. É neste ponto que se inserem as experiências de Harry Harlow (Harlow, 1958), de que falámos no parágrafo anterior, referentes ao apego das crias de macaco às suas mães, tendo em conta a qualidade do conforto e segurança por eles sentida em relação a estas. Segundo o autor das experiências, a cria

de macaco difere do bebé humano na maturidade física no momento do nascimento, crescendo mais rapidamente. No entanto, no que concerne às respostas relacionadas com o afeto, o cuidado, o contacto, a exploração perceptiva (visual e auditiva), bem como no que se refere às emoções (medo, frustração...) e potenciais de aprendizagem, não se registam diferenças fundamentais entre as duas espécies, justificando deste modo a escolha das crias de macaco para as suas experiências. O investigador defendeu que o conforto promovido pelo contacto com as “mães felpudas” ou de peluche (sem recurso a nutrientes), em vez de as “mães de arame” (com capacidade para alimentar os macaquinhos), ainda que não lhe proporcionasse alimento, serviu de agente ou fator motivacional para respostas afetivas, percebendo esta “mãe” como fonte de segurança. E tal como Zazzo (citado por Sá, 2004, p.124; Sá, 2008, p.86) afirma: “a necessidade de amor não se alimenta só de leite”. Talvez porque, em termos psicológicos, as mães amamentam à pele e de olhos abertos. Quer isto dizer que, ainda que o bebé mame no biberão, é essencial que o aleitamento permita a relação pele-a-pele e olhos-nos-olhos, que o alimentam de segurança e de afeto (Sá, 2008).

Nos estudos da vinculação sobressaem muitos outros autores de renome, tais como Bowlby, Winnicott e Ainsworth. Os trabalhos desta última autora foram notados pela classificação (através da “situação estranha”, um procedimento criado em laboratório) dos diferentes padrões de apego que caracterizavam, no período *pós natal*, a existência de uma relação de vinculação estreita entre o bebé e a sua mãe, enfatizando as capacidades do recém-nascido para a interação (Brum & Shermann, 2004).

A *vinculação pós-natal* é tanto ou mais relevante quanto os níveis de complexidade do sistema nervoso apelam para a função essencial das interações precoces na organização neurobiológica do tecido nervoso e do metabolismo mental (Sá, 2004). Contudo, no âmbito deste trabalho, vamos debruçar-nos um pouco mais sobre a *vinculação pré-natal* e *neonatal*. Esta última, e parafraseando o mesmo autor, relaciona-se com as ocorrências do trabalho de parto, incluindo os níveis e a extensão da dor, os acidentes no decurso do trabalho de parto e o contacto pele-a-pele mãe-bebé. Os processos vinculativos perinatais, podendo não ser determinantes, podem ser francamente disruptivos. Se atendermos ao exemplo da existência de um quadro de lábio leporino no bebé, a vinculação perinatal revela-se mais favorável se for processada através do diálogo pele-a-pele em detrimento do contacto visual. Nestes casos, o autor recomenda que as interações visuais não se efetuem na sala de partos, de maneira a evitar um choque emocional com repercussões francamente desorganizadoras na díade.

Fazendo o percurso inverso na abordagem dos três tipos de vinculação, para voltarmos ao bebé no espaço intrauterino, de onde partimos, cabe-nos agora inclinar-nos sobre a *vinculação pré-natal*.

Pérez (2004) afirma que diversas investigações sugerem que os bebés em meio intrauterino têm já a capacidade de ouvir e comportar-se e que os bebés sujeitos a estimulação pré-natal, quando

nascem, revelam-se mais despertos e mais seguros relativamente àqueles que não têm esta estimulação, ou quando são fruto de gravidezes não desejadas. Nestes últimos dois tipos de casos, os bebés estão mais propensos ao desenvolvimento de psicopatologia infantil, desde as mais leves às mais severas, que podem culminar em morte. O autor refere ainda que as crianças que não morriam, nunca atingiam um grau de desenvolvimento normal para a sua idade, vindo a revelar, *a posteriori*, deficiências no desenvolvimento cognitivo, emocional e afetivo.

Relativamente a esta *vinculação pré-natal*, Soulé (1992), psicanalista e pedopsiquiatra francês, refere-se a uma oscilação entre os conceitos de *bebé fantasmático* e de *bebé imaginário* (Sá, 2004).

Para Soulé (1992, referenciado por Sá, 2004), a noção de *bebé fantasmático* encerra os nossos fantasmas de adultos, a nossa incapacidade de representarmos um ser humano sem pensamento, sem representação e sem psiquismo. O desenho do bebé no ventre, elaborado por uma mulher grávida de apenas três meses, desejado ou não, é sempre representativo de um bebé dentro dela. A partir do momento em que o feto é projetado no ecrã ecográfico, mesmo que esta mãe não deseje continuar a gravidez, não se trata de querer fazer uma *interrupção voluntária de fantasma*, porque este, é já representado como um bebé. O autor revela-nos a interessante metáfora do ser escondido, secreto, “caçado” pelos raios indiscretos, examinado e detalhado nas suas partes (sobretudo o sexo e a cabeça), qual Robinson Crusóe na sua ilha, e que nada revela, a não ser um pouco da sua aparência física. E o obstetra, qual comandante Costeau no fundo do mar, continua lentamente, com minúcia e precaução, a colher ânforas adormecidas.

Apoiado nos trabalhos deste autor, Sá (2004, p.125) assegura a noção de *bebé fantasmático* como uma “pré-figuração de um bebé, resultante de experiências de filiação dos pais”. O *bebé imaginário* representa o conjunto de construções decorrentes da gestação mental do bebé que evidenciam uma antecipação dos comportamentos da maternidade. Segundo o autor, é consequência da ressonância, no imaginário dos pais, da própria gravidez.

De acordo com Stern, Stern-Bruschweiler & Freeland (1999, referenciados por Ferrari, A., Piccinini, C. & Lopes, R., 2007) durante o processo de gravidez é como se ocorressem três gestações ao mesmo tempo: o desenvolvimento físico do feto no útero, uma atitude de mãe no psiquismo materno e a formação do bebé imaginado na sua mente.

Diversos autores têm enfatizado que a relação da mãe com o bebé existe mesmo antes da gravidez, nas fantasias da mulher relacionadas com a possibilidade de ter um filho. Brazelton & Cramer (1992) afirmaram que, a mãe, personificando o feto e atribuindo-lhe características e personalidade, começa a relacionar-se com ele. Geralmente, as futuras características da criança estão relacionadas com atributos e história de vida dos próprios pais ou de algum parente próximo que ocupa um lugar privilegiado para eles (Ferrari, A., Piccinini, C. & Lopes, R., 2007).

Quando se consubstancia o confronto destas construções imaginárias na interação pais-bebé, efetiva-se então o *bebé real*. No entanto, ao contrário de Soulé, Sá (2008) considera que talvez não seja um *bebé real* que sucede ao bebé na imaginação dos pais, mas um *bebé vivo*. Para o autor, *vivo* representa mais do que *real*, porque pressupõe interação permanente com o lado imaginário que está, continuamente, em crescimento dentro dos pais. Daí que afirme não existirem nem bebés nem pais reais.

Autores como Stern (1997) referenciados por Ferrari, A., Piccinini, C. & Lopes, R., (2007) acreditam que o desenvolvimento do feto e o da representação do bebé feita pela mãe (bebé imaginado) não ocorrem paralelamente. Geralmente, é a partir do terceiro mês de gestação que a futura mãe se permite iniciar o processo de imaginar o seu bebé, coincidindo com o término do período mais propenso a abortos espontâneos e o momento no qual a gravidez entra numa fase relativamente segura. No quarto mês de gestação, há uma intensificação por parte da mãe da representação do seu feto como bebé imaginado e essa representação atingirá o topo por volta do sétimo mês da mesma. No final da gravidez há uma escassez ou anulação de representações, porque a mãe precisa preparar-se para a chegada do bebé real e preservar-se da discordância entre o bebé imaginado e o bebé real.

Segundo Bydlowski (2000, citada por Ferrari, A., Piccinini, C. & Lopes, R., 2007) as representações ou fantasias que a mãe tece acerca do seu bebé adquirirem consistência na sua relação com ele a partir do seu nascimento, sendo que o bebé está investido, desde a gravidez, de um papel reparador no imaginário materno. Antes do seu nascimento, ele é pensado pela mãe como aquele que realizará e reparará tudo aquilo que foi não realizado e não reparado por ela, pelos irmãos ou até mesmo pelos avós. Assim, o desejo da mãe em relação à criança é, num primeiro momento, muito menos pela criança em si mesma do que em função das realizações que a criança lhe poderá trazer. É essa pretensão materna que faz com que a criança se torne o seu objeto privilegiado. O bebé imaginado, enquanto personificação dos desejos e fantasias da mãe representa assim um prolongamento narcísico de si mesma, mas quando o bebé nasce a mãe necessita de fazer algumas reestruturações de acordo com as características que ele apresenta na realidade e adaptar-se às suas necessidades. Esta reestruturação do bebé imaginado é fundamental para a interação mãe-bebé.

O estudo de Piccinini, C. & Fleck, A. (2013), efetuado no contexto da prematuridade, reforça que o confronto entre o bebé imaginário e o bebé real pode ser bastante intenso e salienta que a elaboração da perda do bebé imaginário e o fortalecimento do vínculo com o filho ocorre de modo gradual e constante, mostrando-se mais sólido no 3º mês após a alta, quando as mães revelaram estarem satisfeitas e orgulhosas com as características e desenvolvimento dos filhos. Já Soulé (1987) afirmava, segundo os autores supracitados, que o processo de reestruturação psíquica que consolida o vínculo mãe-bebé pode ser claramente evidente nos primeiros meses após o nascimento

e pode ser facilitado ou não pela saúde da criança, pelo contato e interação mãe-bebé após o nascimento, e pelas condições gestacionais e de parto. Outros fatores como a hospitalização decorrente da prematuridade e outras situações (profissionais, financeiras, familiares e conjugais) percebidas como stressantes e angustiantes pela própria mãe exercem também marcada influência.

Mas voltando à conceção de Soulé (1992), torna-se imprescindível que o ser secreto a que se reporta o *bebé fantasmático*, seja um *fantasma* humano verdadeiramente fundamental para que o mundo, e nomeadamente os EUA, desde 1950, tenha mobilizado tanto tempo, tanto esforço, tanto dinheiro e ciência, para proporcionar os meios de este *fantasma* se realizar. Efetivamente, com o auxílio da ciência e da evolução tecnológica, muito se lapidou sobre este «ser escondido, secreto, “caçado pelos raios indiscretos (...)», e nomeadamente no que se reporta ao desbravamento da sua vida mental.

1.2. Vida Mental do Bebé

“Os bebés pensam, antes mesmo de serem capazes de pensar os seus próprios pensamentos.”

Sá, (2008, p.77)

Foi sendo tacitamente aceite que os fetos e os bebés seriam “tábuas rasas”, sem competências relacionais e sem capacidades de discriminação, persistindo a incógnita acerca da sua vida emocional e das repercussões que ela poderia ter num plano mental (Sá, 2004). No entanto, como consequência de um desenvolvimento científico e tecnológico, o feto foi-se dando a conhecer e foi definido por Wilhelm (2002, citado por Grais & Sá, 2004, p.103) como “um ser inteligente e sensível, que apresenta traços de personalidade próprios e bem definidos, dotado de uma vida afetiva e emocional, estando em comunicação empática e fisiológica com a sua mãe pré-natal, captando os seus estados emocionais e a sua disposição afetiva para com ele...”. Isto não anda muito distante do que Leonardo preconizava na época renascentista, como vimos numa das citações introdutórias do tema deste artigo. Posteriormente, afirmações deste tipo vieram sendo fundamentadas cientificamente, consolidando conhecimentos relevantes acerca do período pré-natal.

Em 1975, tendo por objetivo o conhecimento do desenvolvimento cerebral, Purpura (citado por Grais & Sá, 2004) realizou observações microscópicas de encéfalos de bebés mortos verificando que, entre a vigésima e a vigésima oitava semana de gestação, o córtex cerebral

continha as partes principais formadas e funcionais. Os mesmos autores referem Richmon e Herzog (1979), cujos trabalhos demonstraram que, a partir do momento da fecundação, havia um desenvolvimento cerebral rigorosamente “programado”, numa ordem precisa, desde as primeiras subestruturas do sistema, até aos dois hemisférios corticais, corretamente posicionados, minuciosamente interligados e operacionalmente funcionais.

Atualmente, e de acordo com Wilhelm (2002, citado por Grais & Sá, 2004), ninguém duvida que o feto ou bebé, ainda no útero materno, vivencia e regista sensações e mensagens sensoriais, sendo capaz de fazer pequenas aprendizagens utilizando os seus sentidos de modo adequado e demonstrando perceção e inteligência prática. O autor acresce que há fatores que permitem afirmar que a existência de memória, no período pré-natal, é indiscutível: “as competências do recém-nascido não poderiam ter sido adquiridas na ausência de memória” (Wilhelm, 2002, citado por Grais & Sá, 2004, p.103). Mause (1982, referenciado por Grais & Sá, 2004) reforça esta questão quando descreve a atividade fetal durante o segundo trimestre de gravidez, alegando que o feto ora se movimenta de forma suave e apazível, ora reage com pontapés vigorosos, salta, soluça, suspira, deglute, urina, respira líquido amniótico, suga o polegar e os dedos dos pés, agarra o cordão umbilical, excita-se com barulhos súbitos, e acalma-se quando a mãe lhe fala, adormecendo quando esta se passeia. Na opinião de alguns investigadores, os movimentos e/ou comportamentos do feto constituem um modo de exploração do desenvolvimento da sua mente, considerando que o pensamento poderá assumir a função exercida primitivamente pela descarga motora e que toda a experiência emocional tem origem numa experiência corporal (Bion, 1977, citado por Grais & Sá, 2004).

Sá (2003) afirma, com alguma segurança, que o feto tem uma realidade mental que se afirma autonomamente a partir do 5º mês de gestação. Num outro contexto, afirma ainda que as competências interativas são muito expressivas a partir do 4º mês de gravidez: “emociona-se, constrange-se com as expressões rígidas da personalidade da mãe, alegra-se a aviva os seus ritmos, deprime-se, a ponto de inibir o seu crescimento. Nenhuma destas experiências mentais é, por si só, determinante no seu desenvolvimento, a não ser que deixe de ser um estado reativo e passageiro e se transforme num traço da personalidade do feto” (Sá, 2003, p.88).

Bion (n.d., citado por Sá, 2004) enfatizou que os pensamentos do bebé são anteriores à sua capacidade para os pensar. Os recursos psíquicos dos fetos e dos bebés, até cerca de dois meses após o parto, manifestam-se, num plano mental, por um *pensamento pré-verbal*. Este tipo de pensamento, segundo o autor, é sustentado por níveis de comunicação digital [isto é, pelos ritmos (e.g., embalamento), tom de voz (que, de modo reflexo, os adultos baixam para se adequarem aos bebés)], e analógica (e.g., o diálogo pelo olhar, expressão facial, mímica, etc.), e ainda esquemas mentais neurobiológicos, ou seja, recursos filogenéticos condensados no genoma e que se traduzem, em última instância, numa pré-competência para performances mentais e relacionais.

Também estes esquemas mentais, contidos no genoma, indicam pensamentos anteriores à capacidade de pensar. A filogénese humana traduz-se em reflexos inatos, como o reflexo de sucção, o reflexo do riso, o reflexo de ternura e inclusive, o reflexo de vinculação, quando os bebés interagem de forma privilegiada com formas circulares (pré-figurações do rosto ou do seio materno), como demonstraram as investigações de Spitz e Bion. Desta forma, a especificidade e complexidade auto-organizadora do sistema nervoso e pensamento dos bebés e a natureza essencialmente filogenética, torna-os muito mais competentes do que seriam se se tratassem de simples “tábuas rasas” (Sá, 2004).

Para além do pensamento, exclusivo do ser humano, outros processos mentais, não menos relevantes, são desenvolvidos no feto e no bebé. “O feto humano possui, então, capacidades sensoriais; recebe, in útero, informações às quais reage e das quais guarda uma determinada memória. As aprendizagens primárias e as aquisições pré-natais podem desempenhar um papel na adaptação ao meio exterior, a vinculação à mãe, a organização perceptiva e cognitiva” (Querlu, 1995; citado por Grais & Sá, 2004, p.106).

Corroborando Soulé (1992), procura-se atribuir ao feto, uma sensibilidade sensorial visual, auditiva, táctil, propriocetiva e gustativa, cujas qualidades informativas, ao que parece, são admiráveis e em tudo semelhantes às nossas. Ele compreende as palavras – nem todas – mas as mais importantes, aquelas que são mais significativas. Segundo Lecanuet et al (1992), os estudos psicobiológicos das últimas décadas mostraram que todos os sistemas sensoriais são funcionais à nascença. As demonstrações mais convincentes da reatividade fetal situam-se particularmente no domínio químico sensorial (olfativo e gustativo) e auditivo. Segundo algumas destas investigações, a experiência sensorial fetal pode modificar, através de aprendizagens enviesadas, as respostas comportamentais espontâneas pré e pós-natais aos estímulos auditivos e olfativos aos quais a criança foi exposta in útero. Estes podem organizar referências do neonato com as quais os novos estímulos são sistematicamente confrontados. Deste confronto, concluiu-se que o recém-nascido de poucos dias tem preferência relativamente às regularidades espectrais e prosódicas às quais ele não esteve exposto senão antes do nascimento.

O estudo dos ruídos que atravessam a barreira placentária permite perceber o ruído cardíaco materno como aquele que, de forma constante, dá um ritmo à relação com o feto. Talvez por isso, intuitivamente, as mães tenham percebido que essa audição teria um efeito calmante para os seus bebés e daí, pegam neles com a cabeça colocada, preferencialmente, para o lado esquerdo (Sá, 2008).

Outros estudos mostram que o recém-nascido humano tem a capacidade de reconhecer, no colostro e leite materno, substâncias aromáticas presentes no líquido amniótico. Esta continuidade químico-sensorial e auditiva, poderá contribuir para o desenvolvimento do apego filial, através

duma facilitação de aprendizagem de características maternas associadas às propriedades vocais ou químico-sensoriais, familiares, após a vida fetal (Lecanuet et al, 1992).

Sintetizando tudo o que atrás referimos, e parafraseando Sá (2008), falar-se do pensamento dos bebés implica que eles tenham uma realidade interior plena de sensações (*e.g.*; os fetos reagem às variações de luz que incide sobre o ventre materno, como à acidez ou doçura do líquido amniótico); de movimentos de habituação sensorial (*e.g.*; uma mãe que esteja permanentemente ansiosa gera um recém-nascido com registos de bradicardia, e outra que tenha episódios de ansiedade intermitente intensa na gravidez gera um recém nascido com registos de taquicardia); e de emoções (*e.g.*; o feto reage aos movimentos bruscos e às variações de humor da mãe). Ou seja, de acordo com o autor, o feto emociona-se, reage e comunica, sendo que estas experiências relacionais ficam guardadas dentro de si, como um conjunto de sinais que permitem interagir com a realidade.

A abordagem das capacidades percetivas e cognitivas, no período pré-natal, tem aqui um propósito: o de reconhecer que, tendo o bebé, desde muito cedo, uma atividade mental intensa, nada deverá acontecer por acaso. A gravidez deverá decorrer em ambiente calmo, seguro e aprazível, favorável ao desenvolvimento destas mesmas capacidades, e tendo em vista uma sequência de medidas preventivas no que respeita à psicopatologia. É também, por assim dizer, minimizar as possíveis discrepâncias que possam existir entre aquilo que os pais imaginam ser o seu bebé (bebé imaginário) e aquilo que o bebé vier a manifestar-se (bebé real). Num extremo desta linha, situam-se as expectativas e os sentimentos dos pais, e no outro, o bebé, único e com rosto. O objetivo é que se efetive o encontro.

1.3. “Ser Único e Ter Rosto”: Expectativas e Sentimentos dos Pais em Relação ao seu Bebé

Importamos parte deste subtítulo do título original de um artigo do pedopsiquiatra e psicanalista português, António Coimbra de Matos, publicado na Revista Portuguesa de Psicossomática, cujas linhas orientadoras haviam sido demarcadas por ocasião da Conferência na Sociedade Portuguesa de Psicossomática, em Novembro de 1998. *Ser Único e Ter Rosto: O Binómio Resiliente*, encerra duas questões a que o autor atribui particular importância: a *identidade*, acentuando o valor e o significado do rosto na relação humana; e a capacidade de reestruturação cognitiva e emocional após o impacto de acontecimentos traumáticos, o que designa de *resiliência*.

Coimbra de Matos (1999) defende que, a pessoa predisposta a patologia psicossomática, não foi, ou foi insuficientemente, investida como indivíduo único e excecional, desde o início, pelos seus pais, carecendo do olhar apaixonado e atento, do apreço e da estima destes.

A relação da mãe com seu filho tem início, como vimos, no período pré-natal, tendo subjacentes as expectativas sobre o bebé e a interação que estabelece com ele. Esta primeira relação serve de prelúdio à relação mãe-bebé que se estabelece depois do nascimento e, portanto, merece ser melhor compreendida (Brazelton, 1987; Brazelton, 1988; Caron, 2000; Condom & Corkindale, 1997; Müller, 1996; Stainton, 1985; referenciados por Gomes, A., Lopes, R., Moreira, L., & Piccinini, C. (2004).

As autoras referem, entre outros investigadores, Raphael-Leff (1991) e Maldonado (1997), quando aludem ao facto de que as expectativas formam a base da relação. As expectativas da mãe em relação ao bebé originam-se no seu próprio mundo interno, nas suas relações passadas e nas suas necessidades conscientes e inconscientes relacionadas com aquele bebé. Estas são mais frequentes e intensas, como já aludimos anteriormente, a partir do segundo trimestre da gestação, que é o momento em que o feto, através dos movimentos, anuncia realmente a sua existência. Depois do sétimo mês, o volume e a intensidade dessas expectativas tendem a diminuir, preparando, desta forma, o lugar do bebé real (Caron, Fonseca & Kompinsky, 2000; Stern, 1997; citados por Gomes et al, 2004).

A literatura aponta repercussões tanto positivas quanto negativas da presença das expectativas da mãe para a maternidade, para o psiquismo do bebé e para a relação entre a díade. Os aspetos positivos envolvem, principalmente, a necessidade de que o bebé seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para começar a existir enquanto ser humano. A gestante parece ter um nível de relação próximo com o bebé quando ela consegue imaginá-lo e investir nesta imagem. As expectativas são consideradas negativas quando não há espaço para o bebé assumir a sua própria identidade, ou seja, quando a mãe não consegue aceitar a singularidade do seu filho e abandonar a sua carga maciça de projeções (Brazelton & Cramer, 1992; Caron & cols., 2000; Szejer & Stewart, 1997; citados por Gomes et al, 2004). As autoras reportam-se ainda a casos de gestantes que não conseguem investir no bebé nem esperar nada dele, receando que a realidade não corresponda aos seus desejos. Algumas outras atribuem ao bebé, somente, expectativas de insucesso e de morte, o que geralmente não revelam através de verbalizações mas de sensações, pensamentos e intensas preocupações. Nestas situações, a mãe não consegue desvincular-se das suas próprias vivências negativas, comprometendo deste modo a relação entre ela e o seu bebé.

As expectativas constituem-se, então, sobre o *bebé imaginário* que cada mãe constrói, e envolvem, principalmente, o sexo do bebé, o nome, a maneira como ele se movimenta no útero, e as características psicológicas que são a ele atribuídas (Szejer & Stewart, 1997; citado por Gomes et al, 2004). O confronto deste *bebé imaginário* com o *bebé real* ocorre, como vimos, após o nascimento; ainda que, de acordo com as autoras, o advento das técnicas obstétricas permita traduzir, antecipadamente, alguns aspetos concretos do bebé durante a gestação, o que tanto pode incrementar as fantasias maternas, como antecipar algumas frustrações.

Os resultados da investigação de Gomes et al (2004), sugerem que conhecer o bebé antes do nascimento, estar com ele, pensar sobre ele e imaginar as suas características, traz implicações para a construção da representação do bebé, da maternidade e para a posterior relação mãe-bebé, não descurando que, esta postura de imaginar, pensar e estar com o bebé antes do nascimento é, apenas, uma das formas de se avaliar a proximidade do contacto da gestante com o bebé. Assim, não é lícito afirmar-se que as mães que não expressem expectativas claras ou uma representação mental explícita sobre o bebé não estejam, efetivamente, a relacionar-se com ele de forma íntima. Nesta conceção, outras variáveis devem ser consideradas e avaliadas, respeitando o facto de que a maternidade é vivenciada de forma complexa e singular por cada mulher.

E retomando as palavras de Coimbra de Matos (1999, p.13), ao nos reportarmos ao *bebé real*, “ter rosto significa, então, ser amado como se é; ser bonito porque se é amado e não por ter olhos azuis ou pretos. Ser alguém – e não o Zé ou a Maria Ninguém – é ser objeto do amor, o objeto construído pelo amor (...)”.

2. MIMANDO OS PAIS E O BEBÉ: A PREVENÇÃO COMO META

“Todo o feto tem direito de :

- A. *Viver apesar das dificuldades;*
- B. *Ser poupado dos conflitos familiares;*
- C. *Ter um útero saudável;*
- D. *Ser respeitado como um indivíduo;*
- E. *Não ser sujeitoado;*
- F. *Ter segurança emocional;*
- G. *Ser respeitado pelo médico que o trouxe ao mundo;*
- H. *Ter atenção especial e concreta;*
- I. *Viver no útero, o tempo que desejar;*
- J. *Não ser agredido pela ansiedade;*
- K. *Não ser atingido pela depressão;*
- L. *Ser amado acima de tudo;*

pois o tempo do útero é o registo maior e mais fiel da individualização e o requisito básico para obter o grande tesouro que o ser humano mais deseja – a felicidade – pois é no útero que se aprendem as primeiras lições de amor.”

Bonomi (2002, citado por Grais & Sá, 2004, p.111)

Estudos revelam que perturbações esporádicas e passageiras terão poucas e ténues repercussões no feto. Contudo, se se tratar de emoções intensas e persistentes no tempo, poderão marcá-lo de forma acentuada. Perturbações emocionais persistentes na mãe, ainda que subtis, podem ser responsáveis por crianças com algum distúrbio: crianças irritadiças, chorosas, sem apetite, com muitas cólicas, sendo, ainda in útero, descritas como extremamente agitadas e com baixo peso à nascença (Bonomi, 2002, citado por Grais & Sá, 2004).

Pela correlação muito significativa entre fenómenos obstétricos e o autismo, é lícita a compreensão da psicose da criança como um fenómeno psicopatológico com origens na gravidez, no parto e na relação precoce (Sá, 2004).

Ao nível das interações materno-fetais, é evidente que as relações orgânicas entre ambos são íntimas e, por isso, como ficou claro pela consulta dos vários autores, a vida emocional da mãe produz efeitos sobre o bebé. Até mesmo a vida imaginária e fantasmática da mãe, durante a gravidez, como também averiguamos, representam uma base fundamental da sua relação ulterior. O corte do cordão umbilical é apenas físico, pois a ligação emocional, essa, permanece (Matela, S., Morais, R., Sá, E., & Veiga, C., 2004).

Já no pós-natal e ainda num plano psicológico, a linguagem dos bebés, mais ainda do que a nossa, sendo subtil, assume uma importância primordial. Lamentavelmente, os pais e os técnicos de saúde parecem, muitas vezes, não estar atentos a esta linguagem. Sá (2003) aponta dois exemplos acerca de como o desenvolvimento do bebé tem sido um idioma mal entendido e, com efeito, maltratado, exigindo, deste modo, que se repense a formação clínica dos médicos e dos psicólogos. Um dos exemplos reporta-se ao olhar “pálido” e desvitalizado dos bebés, sugestivo de depressão gravíssima que muitos pais e técnicos dos Jardins Infantis confundem com “bebés sossegadinhos” e “bons de criar”. Na verdade, o que estes bebés estão a tentar transmitir será algo do género: “assusto-me por vos sentir tão assustados comigo, por isso prometo dormir o mais que possa, comer o que for capaz...desde que não vos incomode” (Sá, 2003, p.92). Um outro exemplo de linguagem incompreendida respeita à agitação de alguns bebés para adormecer, como se tentassem transmitir à mãe: “hoje não estás tão atenta e dedicada como de costume, pareces tensa por mais que eu te sossegue; à cautela, fico alerta...e de olho em ti” (Sá, 2003, p.92-93). Esta reação de alerta, saudável, que se instaura quando os pais se agitam em consequência da agitação

dos bebés que, num “efeito de dominó”, ficam mais angustiados, é, muitas vezes, mal interpretada por pediatras, que receitam “umas gotinhas” para adormecer, e por psicólogos, que dissertam sobre o dormir.

Assim, a criança produz um sintoma em função das comunicações, das angústias da mãe e em função das próprias necessidades. Deste modo, e segundo Matela et al (2004), qualquer iniciativa de diagnóstico deve apoiar-se no estudo da criança em relação, ou seja, só se poderá compreender o estado subjetivo do bebé em função de significações partilhadas com a mãe e com o pai, sendo que o diagnóstico deve ser realizado a partir da interação pais-bebé, e não, apenas, do bebé isolado. É a inter-relação, comportamental e fantasmática, o objeto privilegiado da relação terapêutica.

A interação mãe-bebé poderá ser o único indicador semiológico de distúrbios psicopatológicos na criança, sendo que estes podem estar ligados a fatores próprios da criança, aos pais, ou a uma combinação entre estes dois tipos de fatores. Entre as perturbações psicopatológicas do bebé inscrevem-se as perturbações da interação mãe-bebé (perturbações de reciprocidade, dos padrões interativos, de relacionamento, do ajustamento, perturbações regulatórias, do relacionamento e comunicação); rejeição primária do bebé (rejeição primária ativa; rejeição primária passiva – cólica do terceiro mês, eczema infantil, balanceamento do bebé, manipulação fecal e coprofagia como covariantes de depressão materna, criança hipertímica); e outras expressões sintomáticas do bebé (distúrbios do sono, distúrbios alimentares, digestivos e intestinais, respiratórios, cutâneos, tónico-motores, do comportamento e do desenvolvimento, e perturbações de stresse traumático). Entre os grandes agrupamentos nosográficos, assinalam-se a depressão do recém-nascido, desorganizações estruturais, autismos infantis e distúrbios psicóticos precoces, abrangendo outras situações clínicas como a prematuridade, malformações congénitas, doenças somáticas, carência de cuidados maternos, maus-tratos e negligências infantis graves, distúrbios psiquiátricos num dos progenitores e famílias com problemas múltiplos (Matela et al, 2004).

Já vai extensa a lista de perturbações ou distúrbios psicopatológicos decorrentes de uma deficiente vinculação pais-bebé. Não nos deteremos na descrição de cada um deles sob pena de nos delongarmos demasiado e nos desviarmos dos objetivos deste trabalho. A exploração minuciosa de cada uma destas perturbações poderia ser alvo de outra produção. A menção a esta lista ocorre com o propósito de reforçar a relevância da vinculação na saúde mental da díade pais-bebé e dos pais e do bebé isoladamente. Neste campo, o psicólogo clínico, em parceria com uma equipa multidisciplinar, ocupa uma posição privilegiada na ajuda destes pais e destes bebés.

As principais tendências na intervenção terapêutica sobre a doença psicológica do bebé, visando a modificação da forma de interação, abrangem, segundo Matela et al (2004), a estimulação precoce de crianças com uma deficiência evidente, intervenções educativas ou

reeducativas, o tratamento sintomático de tipo multidirecional com os pais e a intervenção baseada no conhecimento psicodinâmico das interações mãe-bebé. Nas modalidades de intervenção poderão constar as consultas terapêuticas, a hospitalização, o trabalho terapêutico de dia, a colocação familiar terapêutica e a intervenção ao domicílio.

A prevenção dos distúrbios do desenvolvimento, de acordo com os autores supracitados, pode ser abordada sob os ângulos da *prevenção primária*, da *prevenção secundária* e da *prevenção terciária*. Deste modo, as ações de prevenção podem variar em função do período em que são aplicadas: durante a gravidez, durante a estadia na maternidade e no regresso a casa. Acentua-se a tónica, atualmente, em termos teóricos e clínicos, ao nível da *prevenção primária*, com um olhar atento na direção das particularidades da gravidez, da vigilância da saúde física e psíquica da mulher grávida e dos cuidados que visam prevenir a prematuridade ou as perturbações que podem ocorrer no parto. A este nível em particular, podem ser relevantes a preparação psicológica para o parto e a presença dos pais nas salas de parto. No pós-parto, a atenção é inclinada no sentido da amamentação que, apesar de a decisão ser da própria mulher, é importante o apoio dos técnicos (Matela et al, 2004).

Corroborando ainda os mesmos autores, múltiplos fatores, de ordem física e psicológica, poderão contribuir para a incidência de depressões neste período, pelo que uma articulação efetiva entre as equipas de intervenção pré-natal e pós-natal poderá ser útil e necessária. As medidas preventivas poderão ainda ser situadas a um outro nível: o da guarda das crianças pequenas, da formação dos técnicos, e da informação da população.

As questões preventivas compõem um quadro essencial na abordagem da psicopatologia e da saúde física e mental em geral. Mas é necessária uma sensibilidade acrescida quando envolvem bebés (sejam fantasmáticos, imaginários ou reais), nomeadamente no que aos padrões de interação com os seus pais diz respeito, pois, corroborando Sá (2003, p.103) parece evidente que “isso a que chamamos bebés não existe”, se nos limitarmos a descrever um bebé sem o compreender na interação com mais alguém: uma mãe e um pai. Os pais só o são, efetivamente, porque o bebé os torna pais, na relação destes com ele próprio!

3. REFLEXÃO FINAL

“ Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora a fazer um novo fim ”

Chico Xavier (n.d.)

Independentemente das suas convicções políticas, religiosas e culturais, o que o autor do pensamento nos revela pode ser adaptado a qualquer contexto, inclusive ao contexto deste artigo. Parece-nos evidente que não seja possível para uma mãe/pai voltar atrás e recriar, num sentido favorável, as imagens mentais (fantasmáticas) do seu bebé *in útero*, mesmo depois de terem sido apresentadas no gabinete da obstetra por ocasião da primeira ecografia. Parece-nos claro que, não seja viável reformular os sentimentos vivenciados por uns pais que, no momento do parto, tomaram contacto com uma realidade frustrada nas suas expectativas, arquitetadas em termos da dimensão estética e funcional do seu bebé. Ou seja, não é praticável, ainda, entrar na *máquina do tempo* e recuar, pegar numa qualquer borracha e apagar o que ficou para trás. Não é possível, então, fazer um novo começo.

Todavia, parece-nos realizável o ajustamento cognitivo, emocional e comportamental, em termos globais, destes pais ao bebé que acaba de engrossar o número de cidadãos da Humanidade, e que, um dia (*qui çá!*), poderá dar o seu contributo científico para um “novo fim” de uma realidade “imperfeita”. E o Zé ou a Maria Ninguém, de que Coimbra de Matos (1999) falava, ganhará um rosto, porque adquiriu uma identidade.

Os pais, competentes ou não, ocuparão sempre o lugar de pais. E ao terapeuta/psicólogo clínico importa atuar, com competência e eficiência, no sentido da prevenção e/ou reestruturação ou, se quisermos, da mudança de significados disfuncionais ou patológicos (conforme os modelos de referência), em qualquer fase do ciclo vital da (s) pessoa (s) que o demande (m), e nomeadamente no âmbito deste artigo. Tais competências, em termos teóricos e práticos, são o resultado de um complexo processo de aprendizagem e desenvolvimento que auguramos prosseguir com êxito, ainda que, temos consciência disso, de forma sempre inacabada. Os Homens, mesmo os peritos, estão em permanente atualização e desenvolvimento pois a Ciência é dinâmica no seu percurso: a verdade de hoje pode não o ser amanhã. É nesta perspetiva que acreditamos ser viável, e mesmo desejável, num qualquer futuro, pegar nas informações constantes do presente, atualizá-las, explorá-las, reformulá-las, moldá-las num sentido mais ajustado à (s) pessoa (s) e ao contexto, e construir, deste modo, um novo fim. Assim acreditamos na competência dos pais, no ajustamento à imagem real do seu bebé...e num apego mútuo de autonomia e confiança!

Para finalizar, considerando a metáfora do professor que cria expectativas em relação ao seu aluno desde o primeiro contacto (ainda que o inverso ocorra também!), é lícito, em termos científicos, refletirmos acerca das expectativas de uma mãe e de um pai que, supostamente, com minúcia e com perícia, e sobretudo, desde cedo e à sua maneira, com muito amor, trilham caminhos com vista ao sucesso do seu bebé na hostilidade de um mundo sublime e deslumbrante! Mas... não mais sublime e deslumbrante do que um doce “*Olá Bebé!*”! Este, é um legado do futuro!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brum, E., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (2), 457-467. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000200021&lng=en&nrm=iso

Ferrari, A., Piccinini, C. & Lopes, R. (2007). O Bebê Imaginado na Gestação: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 305-313. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a11>

Gomes, A., Lopes, R., Moreira, L., & Piccinini, C. (2004). Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Beb . *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 223-232.

Grais, M., & S , E. (2004). A Vida Emocional do Feto. In S , E., *A Maternidade e o Beb * (pp. 97-112). Lisboa: Fim de Século.

Harlow, H. (1958). *The Nature Of Love*. Recuperado de <http://www.mrcaro.com/psychology/TheNatureOfLoveHarlow1958.pdf>

Lecanuet, J.-P., Granier – Deferre, C., & Schaal (1992). Les Syst mes Sensoriels du F etus. In Soulé, M., *Introduction à la psychiatrie f tale : les aspects psychologiques en médecine f tale et diagnostic prénatal* (pp. 43-70). Paris : ESF.

Matela, S., Morais, R., Sí, E., & Veiga, C. (2004). A Doença Psicológica no Beb . In S , E., *A Maternidade e o Beb * (pp. 133-166) Lisboa: Fim de S culo.

Matos, A. (1999). Ser  nico e Ter Rosto: O Bin mio Resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), 11-21.

Pérez, D. (2004). Salud psicologica para el logro de la salud integral. *Avances en Salud Mental Relacional / Revista Internacional Online*, 3 (3). Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0303/6.pdf>

Piccinini, C. & Fleck, A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40, 14-30. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a03.pdf>

Sá, E. (2003). Psicologia do Feto. In Sá, E., *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp. 85-110). Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2004). O Pensamento dos Bebês - Algumas Reflexões. In Sá, E., *A Maternidade e o Bebê* (pp.121-132). Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2008). *Más maneiras de Sermos Bons Pais*. Lisboa: Fim de Século.

Soulé, M. (1992). Nos Fantasmies – “On bat un fœtus » In Soulé, M., *Introduction à la psychiatrie fœtale : les aspects psychologiques en médecine fœtale et diagnostic prénatal* (pp. 13-28). Paris : ESF.

Sousa, S. (2003). O Feto e os Pais. In Sá, E., *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp. 33-37). Lisboa: Fim de Século.